FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1882

THÈSE

N° 214

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 3 juillet 1882 à 1 heure.

PAR LOUIS ALFRED ROBINEAU
Né le 18 janvier 1856, à Châteauneuf-sur-Loire (Loiret.)

DE QUELQUES VARIÉTÉS
DE
TUMEURS MALIGNES DE LA CONJONCTIVE

Président : M. TRÉLAT, *professeur.*
Juges : MM. { DEPAUL, *professeur.*
POZZI, CH. RICHET, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
A. DAVY, Successeur
29-31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
—
1882

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BÉCLARD.
Professeurs	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale	GUYON. DUPLAY.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SEE (G.) LASÈGUE. HARDY. POTAIN.
Maladies des enfants	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. GOSSELIN. VERNEUIL. TRELAT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

DOYENS HONORAIRES : MM. WURTZ et VULPIAN.

Professeurs honoraires :
MM. le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY	LEGROUX	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGOIN	HALLOPEAU.	MONOD.	RICHET.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HANRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
DEBOVE.	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DIEULAFOY.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIER.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	JOFFROY.	RAYMOND.	
	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON EXCELLENT MAITRE

M. LE DOCTEUR COURSSERANT

Hommage de reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TRÉLAT

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris
Chirurgien de l'hôpital Necker
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

DE QUELQUES VARIÉTÉS

DE

TUMEURS MALIGNES DE LA CONJONCTIVE

AVANT-PROPOS.

Ayant eu l'occasion d'observer une tumeur maligne de la conjonctive à la clinique de M. le Dr Courssérant, il nous a paru intéressant de rechercher les diverses observations publiées sur ce sujet. Jusqu'à ce jour, chaque auteur n'ayant eu qu'un ou deux cas soumis à une observation personnelle, aucun d'eux n'a pu en tirer les éléments d'une description complète. C'est qu'en effet ce genre de tumeurs est assez rare, et c'est précisément à cause de cette rareté que nous avons cru devoir ajouter au petit nombre des faits publiés jusqu'ici le cas très remarquable que nous avons pu voir.

De la lecture de ces différents faits, nous essayerons d'établir les principaux signes au moyen desquels le chirurgien pourra poser un diagnostic et établir un traitement rationnel.

Qu'il nous soit permis de remercier notre excellent maître, M. le Dr Courssérant, et de l'assurer que si nous parvenons à donner quelqu'intérêt à notre sujet, c'est à ses conseils que nous en serons redevable.

Il n'entre pas dans le cadre de notre modeste travail d'aborder l'étude de ces tumeurs qui, commençant sur les parties voisines, envahissent ensuite la conjonctive en s'étendant davantage. Nous ne voulons pas non plus nous occuper de ces néoplasmes qui, développés aux dépens des membranes internes de l'œil, les perforent et arrivent ainsi sur la conjonctive qu'ils attaquent à son tour.

Nous avons voulu limiter cette étude aux seules tumeurs malignes qui se développent sur la conjonctive, soit dans la portion bulbaire, soit dans la portion palpébrale de cette muqueuse.

Nous avons cru devoir, avant d'aborder l'étude de ces tumeurs, rappeler aussi succinctement que possible la disposition anatomique et la structure de la conjonctive, ainsi que les principales fonctions qu'elle est destinée à remplir.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES.

La conjonctive est cette membrane qui unit le glob de l'œil aux paupières. On lui considère ordinaire ment deux portions : l'une palpébrale, l'autre bu baire. Au niveau du bord libre, elle se continue ave

les couches profondes de l'épiderme ; de ce point, elle se porte sur la face interne des paupières en découvrant les cartilages tarses et les expansions aponévrotiques qui s'unissent au bord de ces cartilages ; puis elle se réfléchit au devant du globe de l'œil, en formant un cul-de-sac circulaire. Elle tapisse ensuite une partie de la sclérotique, et se perd insensiblement après avoir dépassé le bord de la cornée.

Dans sa portion palpébrale, la conjonctive adhère fortement aux tissus sous-jacents. Elle est très mince, laisse voir par transparence les glandes de Meibomius et présente une coloration plus forte que dans tous les autres points, grâce aux nombreux vaisseaux qui viennent se rendre dans les papilles. Entre les saillies que forment ces papilles s'accumulent des cellules épithéliales, et, de cette disposition, résulte l'aspect velouté de la membrane.

Si du bord libre des paupières on porte le regard vers les culs-de-sac, on remarque parallèlement au bord du cartilage des plis qui s'accusent et se multiplient d'autant plus qu'on s'approche davantage des culs-de-sac, où ils acquièrent leur plus grande dimension.

Dans les culs-de-sac, la conjonctive présente une plus grande épaisseur ; le tissu cellulaire qui l'unit aux parties sous-jacentes est beaucoup plus lâche, et les vaisseaux moins nombreux que dans la portion palpébrale.

Arrivée sur le globe, elle devient plus adhérente, et cette adhérence augmente encore près de la cornée

dans une zone qui a reçu le nom de *limbe* ou *anneau conjonctival.*

Dans l'angle interne de l'œil, on observe un repli de la muqueuse, que l'on désigne sous le nom de *pli semilunaire*, et qui se trouve situé au fond du lac lacrymal. La face antérieure du pli semilunaire supporte une sorte d'excroissance cutanée appelée *caroncule lacrymale*.

Du côté de l'angle externe viennent s'ouvrir, dans le cul de-sac supérieur, par six ou huit orifices, les conduits de la glande lacrymale.

Structure. — La conjonctive est constituée histologiquement par un épithélium, une membrane propre et un tissu sous-muqueux.

Ces couches se présentant avec des caractères différents suivant les points observés, nous les étudierons dans les différentes régions.

Portion palpébrale. — Le tissu sous-conjonctival ne se rencontre pas dans cette région. La muqueuse est unie aux cartilages tarses au moyen de quelques fibres parallèles de tissu conjonctif. Son tissu propre présente des fibres anastomosées, à mailles étroites avec noyaux aux points d'anastomose, et dans ces mailles se logent des amas de cellules arrondies, appelées *corpuscules lymphoïdes.*

L'épithélium est constitué par plusieurs plans de cellules superposées.

Le plus superficiel est formé de cellules cylindriques

qui sont recouvertes par un petit disque, et dont plusieurs envoient des prolongements dans les couches épithéliales sous-jacentes.

Au-dessous de ce premier plan, on en rencontre deux autres formés par de petites cellules arrondies dont quelques-unes sont devenues polyédriques par pression réciproque.

Dans la *portion bulbaire*, l'épithélium se modifie de telle sorte qu'aux environs de la cornée il devient pavimenteux. Les vaisseaux sont ici beaucoup plus abondants, et vont former des anses vasculaires dans des papilles qui sont surtout nombreuses aux environs du limbe. On voit dans cette région des fibres de tissu conjonctif se porter, du tissu propre et du tissu sous-muqueux vers l'insertion des muscles droits.

Au niveau du limbe, le tissu propre adhère fortement à la sclérotique, renferme un grand nombre de papilles, et les vaisseaux ciliaires s'y anastomosent avec les vaisseaux conjonctivaux.

Vaisseaux. — Le tissu cellulaire sous-conjonctival renferme un réseau sanguin à mailles larges, lequel donne naissance à d'autres branches qui forment, dans le tissu propre de la conjonctive, un nouveau réseau à mailles beaucoup plus serrées. C'est celui-ci qui fournit aux papilles dans les points où il en existe.

Le système circulatoire forme deux zones. A la première, se rattache la conjonctive entière à l'exception d'une bande étroite autour de la cornée ; les vaisseaux qui s'y rendent sont principalement les artères palpe-

brales, lacrymales, dorsales du nez, frontales et sus-orbitaires.

Chacun de ces vaisseaux est accompagné d'une ou deux veines qui se jettent dans la veine faciale temporale, la veine ophthalmique au moyen de laquelle la circulation conjonctivale communique avec la circulation intra-cranienne.

Outre ces artères, certaines autres provenant de la palpèbrale et de l'artère lacrymale se ramifient dans la conjonctive du globe et constituent ce qui a été parfois désigné sous le nom de « *artères conjonctivales postérieures.* »

Quant aux vaisseaux de la bande péricornéenne ils sont fournis par les artères ciliaires qui, à ce niveau, s'anastomosent avec les artères conjonctivales.

Vaisseaux lymphatiques. — Les vaisseaux lymphatiques forment sur la conjonctive deux réseaux distincts. L'un est superficiel, l'autre est profond. Les deux réseaux sont unis l'un à l'autre par de nombreuses anastomoses et ils aboutissent, l'un aux ganglions maxillaires, l'autre aux ganglions parotidiens et préauriculaires.

M. Bruch, le premier, a découvert dans la conjonctive du bœuf des follicules qui font souvent défaut dans celle de l'homme ; mais chez celui-ci on observe une infiltration lymphatique très intense, ce qui fait admettre par beaucoup d'auteurs que les lymphatiques s'ouvriraient dans les interstices du tissu cellulaire.

Près du bord de la cornée, et dans une largeur de

un millimètre on voit un fin réseau de lymphatiques. Ils correspondent au limbe. Ces lymphatiques se renflent au niveau de leurs anastomoses.

Ce réseau, situé sous l'épithélium, est bordé extérieurement par un gros lymphatique qu'a signalé Teichmann ; de petit lymphatiques naissent du réseau pour se porter sur la cornée.

Nerfs. — Un grand nombre de filets nerveux se rendent à la conjonctive. Ils sont surtout fournis par les nerfs ciliaire, lacrymal, nasal externe et frontal ; situés d'abord dans le tissu sous-conjonctival, ils se rapprochent peu à peu de l'épithélium.

Pour Krause, ils se terminent en se contournant dans des corpuscules qu'il a nommés *corpuscules claviformes* ; mais quelques auteurs soutiennent que le plus grand nombre se terminerait par une extrémité libre entre les cellules épithéliales surtout dans la région du limbe : tandis que l'on rencontrerait principalement les corpuscules dans la conjonctive palpébrale.

Fonctions de la conjonctive. — La conjonctive a pour fonctions de faciliter le glissement des paupières sur le globe oculaire et réciproquement. Ses papilles par leur inclinaison de dehors en dedans sont destinées à faire cheminer le liquide lacrymo-conjonctival vers le grand angle de l'œil ; ses glandes, par leur sécrétion, à rendre ce liquide plus onctueux, et les glissements et frottements du globe sur les paupières à peu près insensibles. Ce sont ces fonctions de la conjonctive qui

portaient l'école italienne à la considérer dans un temps comme une séreuse. Mais ses caractères histologiques, son épithélium, ses glandes, son corps papillaire étant d'une muqueuse, on la considère aujourd'hui partout comme telle (Sichel fils).

SYMPTOMES.

Les symptômes des tumeurs malignes de la conjonctive sont au début assez mal accusés et rendent l'erreur de diagnostic assez fréquente.

Une tache, un petit bouton entouré à sa base par une légère injection vasculaire et se développant le plus souvent à la partie externe du bord cornéen (obs. I, II, III, IV, V, IX, X, XII, sont les premiers phénomènes apparents de la maladie. Le néoplasme peut également se développer sur la muqueuse palpébrale ou celle des culs-de-sac (obs. VIII, XI et également XII).

La douleur, à cette époque, est nulle ou ne consiste qu'en une simple sensation de graviers ou d'une légère piqûre (obs. I, VII, VIII, IX, XII.)

On voit alors, selon M. Vecker, plusieurs boutons composés de tissu néoplastique qui, se réunissant, deviennent plus pâles et se gonflent davantage, et forment alors une véritable tumeur. Sa consistance et sa coloration sont assez variables, parfois jaune rougeâtre, blanchâtre ou d'un gris plus ou moins foncé (obs. IV,

V, VI), elle peut se présenter avec une teinte rouge violacée (obs. I), dans le sarcorme, elle est plutôt rose chair (obs. VII, VIII, IX, XII).

La surface de ces néoplasmes est couverte de saillies papillaires et sillonnée par quelques crevasses d'où s'échappe parfois un liquide séro-purulent ou sanguinolent. On voit également serpenter à leur surface de gros vaisseaux sanguins.

Ces tumeurs acquièrent un développement qui varie suivant que le malade tarde plus ou moins à se faire opérer. D'ordinaire, quand le chirurgien est appelé à enlever le néoplasme, il atteint le volume d'une noisette ou, comme chez le malade de M. Coursserant, celui d'un quartier de mandarine.

Longtemps indépendantes du reste de l'œil, ces tumeurs finissent cependant par contracter quelques adhérences avec les parties sous-jacentes et particulièrement avec la cornée ; mais jusqu'à une période assez avancée on peut les faire mouvoir avec la conjonctive sur le globe oculaire.

On a signalé à la surface des épithéliomes de petites ulcérations dont les bords sont taillés à pic et dont le fond bosselé est comme infiltré par une masse pultacée de couleur rouge pâle. Ces ulcères peuvent atteindre et perforer la cornée, la sclérotique offre, au contraire, pendant longtemps, une résistance très remarquable à ces ulcérations.

La douleur finit dans quelques cas par devenir assez intense et il peut arriver que ce soit poussé par la

souffrance que le malade vienne réclamer au chirurgien l'ablation du néoplasme (obs. II).

La vue reste bonne; à moins que la tumeur ne vienne intercepter les rayons lumineux comme le ferait un écran. Cependant, l'observation du malade de M. Coursserant nous montre que dix mois après l'opération, l'acuité visuelle, normale durant les premiers jours qui suivirent l'ablation, avait sensiblement diminué.

Quand le sarcome ou le cancer est de nature mélanique, et c'est la forme la plus fréquente de ces deux variétés de néoplasme, il s'annonce par une petite tache noire, de couleur sepia et presentant à son pourtour l'injection vasculaire et l'infiltration séreuse qui accompagnent les néoplasmes de la conjonctive.

Ces tumeurs, après l'ablation, ne tardent généralement pas à récidiver, quatre fois dans les observations que l'on trouvera à la fin de ce travail, la récidive s'est produite dans les six premiers mois (obs. 1, 5, 7, 8); Une fois avant la fin de l'année (obs. 4). Dans l'observation de cancer opéré par Florent, Cumier, le malade revint au bout de deux ans, porteur d'une tumeur de même nature. Dans les autres cas, la récidive n'a pas eu lieu au moment de la publication des observations ou bien comme dans l'observation 11, aucune date n'est assignée à cette récidive.

La tumeur se reproduit le plus ordinairement sur place; mais dans quelques cas, les ganglions peuvent subir la dégénérescence morbide. Lorsque dans une première opération on a du enlever le globe de l'œil,

comme on le fit chez le malade dont nous avons emprunté l'observation à M. Vecker (obs. 2), on peut voir la récidive se faire sous forme de fongosités et envahir tout l'orbite.

La marche de ces néoplasmes est donc assez rapide, et le pronostic nous semble sérieux à cause de ces récidives qui laissent peu de repos au malade et l'affaiblissent considérablement (obs. 1, 2).

Un seul malade parmi ceux dont on trouvera l'observation à la fin de ce travail, a été suivi jusqu'à la mort, il était atteint de sarcome et fut enlevé le dixième mois après l'opération par une méningite; nous doutons fort que la maladie que nous avons observé résiste longtemps encore au mal qui le tourmente : les dernières nouvelles que nous avons pu nous procurer, ne permettent pas, du moins, de l'espérer.

DIAGNOSTIC.

C'est d'ordinaire au début de l'épithéliome qu'on le confond avec les différentes affections qui siègent sur la conjonctive au pourtour de la cornée. Malheureusement ces erreurs peuvent avoir pour le malade des conséquences très graves, puisqu'on n'aura quelque chance de triompher du mal, qu'en l'attaquant le plus près possible de son début.

La conjonctivite phlycténulaire paraît être l'affection que l'on a confondu le plus souvent avec l'épithé-

liome. Comme celui-ci, elle s'accompagne d'une injection vasculaire ; mais cette injection, toujours plus marquée dans la conjonctivite, présente une disposition en faisceau, qui est beaucoup moins nette lorsqu'il s'agit d'un néoplasme.

Enfin, dans ce dernier cas, c'est à peine si, autour de la tumeur, on observe un peu d'infiltration séreuse, tandis que la conjonctivite s'accompagne d'une zone inflammatoire, qui détermine un léger gonflement. D'ailleurs, la conjonctivite existe souvent des deux cotés ; les sujets sont strumeux, et il est rare qu'il n'aient pas déjà été atteints dans leur enfance, par par quelques attaques semblables à celle-ci.

A une époque un peu plus avancée, ces deux affections se présentent avec des caractères beaucoup plus tranchés. Les bords de la grosse pustule se continuent peu à peu avec la conjonctive, tandis que ceux du néoplasme sont bien limités, et pour ainsi dire taillés à pic ; d'ailleurs, la surface lisse et grisâtre de la pustule conjonctivale, la distinguera du néoplasme qui offre un aspect rugueux,papillaire et une coloration rouge plus ou moins foncée. Dans bien des cas l'évolution de la pustule conjonctivale viendra en quelques jours éclairer le diagnostic,

L'aspect lisse et nacré du dermoïde, l'absence d'injection vasculaire pourront faire rejeter l'idée d'un néoplasme. Dailleurs on apprendra souvent que cette tumeur est congénitale, et sur son sommet, on pourra presque toujours observer quelques poils.

Un examen un peu attentif permettra également de

distinguer un néoplasme de l'épiscléritis. Dans cette dernière affection, les vaisseaux ne pénètrent pas dans la petite bosselure, et l'on peut, en faisant mouvoir la conjonctive, les déplacer avec elle, tandis qu'en dessous la tumeur reste fixée à la sclérotique. L'épiscléritis, enfin, n'a pas de tendance à l'ulcération.

L'ecchymose sous-conjonctivale se reconnaîtra à une rougeur plus diffuse. On y distingue à peine les vaisseaux et, la plupart du temps, l'apparition subite de la tumeur au moment d'un effort lèvera tous les doutes.

« On pourra, dit Sichel, se prononcer sans hésitation sur la présence d'un cysticerque sous la conjonctive, toutes les fois qu'on trouvera, vers l'un des angles plus ou moins rapprochés du diamètre transversal de l'hémisphère antérieur de l'œil une tumeur recouverte par la conjonctive arrondie, rose pâle, demi-diaphane au centre, où l'on reconnaîtra presque toujours un disque blanchâtre ou jaunâtre circonscrit; que cette tumeur sera d'un rouge plus foncé et plus vasculaire à sa circonférence, élastique mais plus dure, se déplaçant latéralement dans une certaine étendue, mais adhérente par le centre de sa face postérieure à la sclérotique. Il n'existe aucune douleur spontanée, quelquefois seulement le malade accuse la sensation d'une légère pression ou d'une gêne lorsque les paupières se rapprochent. »

Le chancre syphilitique se présente au début comme le néoplasme sous forme d'une papule. Quelquefois on voit de petites érosions qui s'élargissent, se réunissent

et sont accompagnées d'une légère injection vasculaire et de légères douleurs. Dès que l'ulcération est établie, on la reconnaît à ses bords taillés à pic. L'induration du chancre forme un tumeur allongée mobile avec la conjonctive et dans tous les cas on observe un engorgement du côté du ganglion préauriculaire; ce qui ne se rencontre pas dans les tumeurs néoplasiques commençantes.

Quant aux gommes de la conjonctive, elles ont été, dans un cas rapporté par M. Vecker, l'objet d'une erreur de diagnostic. Le médecin de la malade crut à un épithélioma et procéda à l'ablation de la tumeur.

M. Wecker qu'elle vint trouver alors allait porter le même diagnostic quand des taches cuivrées qu'il aperçut sur le front l'amenèrent à examiner plus à fond sa malade. Il découvrit bientôt sur le bras gauche, une éruption caractéristique de tubercules ulcérés. Puis, reconnaissant à la tumeur une élasticité particulière et un aspect diaphane de ses bords, il porta le diagnostic de gomme syphilitique; et le traitement spécifique vint rapidement confirmer ses prévisions. Il résulte de cette observation, que c'est bien plus sur les anamnestiques que sur les caractères anatomiques qu'il conviendra de s'appuyer pour différencier la gomme de l'épithélioma.

Peut-on confondre un néoplasme avec un penguicula : « le penguicula, dit Desmares, est une petite tumeur d'apparence graisseuse qui ne s'enflamme jamais. Cette petite tumeur adhérente à la sclérotique est placée ordinairement du côté du bord interne de la

cornée » et dit Deval dans son Traité d'ophthalmologie. « J'ai remarqué que quand un œil portait un ou deux tubercules de ce genre, il était assez habituel que son congenère en oflrit un ou deux également, à la même place et à des degrés variables. Lors donc que, dans le cours de conjonctivite unilatérale, on est embarrassé sur la question de savoir si une tumeur qui proémine l'injection est une pustule, une papule, un pinguicula, on trouve souvent dans l'autre œil un document certain qui vient éclairer le diagnostic. »

Certaines taches de pigmentation de la sclérotique pourraient être prises pour une tumeur mélanique au début. Cependant les taches suspectes de mélanose apparaissent comme un petit amas de sepia sous la conjonctive et lorsqu'elles menacent de s'étendre, elles s'aggrandissent par de petits foyers voisins qui finissent par devenir confluents avec la tache primitive.

La coloration de ces taches est d'un noir très intense tandis que la pigmentation la plus accusée de la sclérotique ne revêt qu'une teinte ardoisée (Wecker.)

TRAITEMENT

Lorsqu'on se trouve en présence d'un néoplasme de la conjonctive, on ne saurait songer qu'à une opération et il importe beaucoup d'y avoir promptement recours car, on aura d'autant plus de chances d'éviter la généralisation qu'on opérera plus tôt. Malheureusement,

nous avons vu combien, au début, le diagnostic est incertain et quel temps précieux on peut perdre à faire subir au malade un traitement qui, le plus souvent, n'a d'autre résultat que d'aggraver son état.

Mais, quand le chirurgien aura résolu d'opérer, a quel genre d'opération doit-il donner la préférence !

C'est évidemment l'état des parties malades qui le guidera dans son choix et tantôt il proposera l'ablation seule de la tumeur, tantôt l'amputation ou bien l'énucléation du globe oculaire.

Si la tumeur est bien circonscrite, encore mobile sur les parties profondes ou très peu adhérente, et si l'on peut faire porter l'incision sur les parties saines de la conjonctive en se contentera, comme l'ont fait, entre autres, MM. Cousserant et Gayet, d'enlever la tumeur et en ayant soin de pratiquer le grattage des points mis à nu. On conserve ainsi à son malade un organe important sans l'exposer beaucoup plus à une récidive qu'en entreprenant une opération plus radicale. Nous voyons en effet que, chez un malade de M. Wecker (observ. 2) a qui on avait énucléé l'œil, l'orbite fut envahi de fongosités cinq mois après cette grave opération.

Quand la tumeur est très développée et qu'il est impossible de faire porter l'incision sur les parties saines on ne devra pas seulement songer à enlever le néoplasme ; il faut alors se décider soit pour l'amputation soit pour l'énucléation de l'œil et même pour l'extirpation.

Ces moyens qui font perdre au malade un organe

si important ne seront donc employés que dans la plus absolue nécessité.

L'amputation de la partie antérieure de l'œil peut être pratiquée, lorsqu'on a en vue la conservation d'un moignon pour la prothèse. Il ne semble pas cependant que le malade tire grand profit de ce moignon qui s'atrophie de plus en plus et qui peut devenir le point de départ soit d'une récidive, soit d'une ophthalmie sympathique.

Observation I. (Personnelle.)

Au mois d'avril 1880, M. B..., de Ham, âgé de 55 ans, remarmarquait sur son œil droit, un peu au-dessus de la cornée et en dehors du diamètre vertical, une tache rouge, injectée peu proéminente alors, et qui lui faisait éprouver la sensation d'un corps étranger roulant sous la paupière supérieure. Peu de temps après, cette dernière s'abaissait sensiblement en même temps que la tache conjonctivale s'étendait en largeur et en hauteur. Le médecin ordinaire du malade crut à un relâchement de la conjonctive causé par une inflammation de l'œil et il prescrivit des collyres à base de zinc, les lotions de sureau, etc.

Comme le mal ne faisait qu'augmenter, on eut recours aux cautérisations avec la pierre divine, mais elles furent suivies d'une réaction très vive du côté du globe oculaire, et la tache qui formait déjà une plaque assez élevée, d'un rouge foncé et sillonnée de gros vaisseaux tortueux, prenait un développement rapide, refoulant la paupière supérieure en bas et en avant. Enfin, dans le milieu de juin, la tumeur devenait le siège d'hémorrhagies fréquentes et abondantes qui ne cessaient que pour faire place à un écoulement presque constant d'eau roussâtre, surtout marqué pendant la nuit. Comme le malade n'avait jamais éprouvé de douleurs bien vives, il ne s'inquiétait pas

pas beaucoup de cet état ; mais ces hémorrhagies qui n'étaient sans l'affaiblir l'effrayèrent et il vint à Paris.

Le malade se présentait le 17 août 1880, à la clinique de M. le Dr Coursserant. Ce qui attirait tout d'abord l'attention c'était le ptosis complet de la paupière supérieure droite sur laquelle le muscle releveur n'avait plus aucune action. Il était facile de voir que cette paupière n'était le siège d'aucun œdème, que sa coloration et sa souplesse étaient normales. Lorsqu'on la relevait avec le doigt, on mettait a nu une grosse tumeur à grand diamètre horizontal qu'on ne pourrait mieux comparer qu'à un quartier d'orange dont le bord tranchant et concave serait dirigé en haut. Le bord inférieur de cette tumeur cachait la partie supérieure de la cornée, mais lorsqu'on la refoulait en haut on voyait qu'elle n'avait aucune adhérence avec la membrane transparente, et qu'au contraire son bord réel d'implantation était éloigné de la cornée de près de trois millimètres environ. En dehors, l'extrémité de la tumeur atteignait presque l'angle externe; en dedans elle s'arrêtait au repli semi-lunaire qui était respecté. La partie supérieure du néoplasme ne pouvait pas être directement appréciée par l'œil car elle paraissait se prolonger dans le cul-de-sac conjonctival supérieur, mais avec le doigt on en sentait parfaitement le bord tranchant et légèrement concave. Au toucher la tumeur était demi-dure avec quelques points plus indurés. Elle offrait un aspect rouge violacé. Sa face antérieure fortement vascularisée était crevassée, et de ces sillons s'écoulait un liquide séro-sanguinolent.

Sur ses bords, la conjonctive légèrement soulevée, glissait sur les parties sous-jacentes ; mais sur la tumeur elle-même, la muqueuse faisait corps avec elle.

Les mouvements de l'œil qui était porté en strabisme inférieur était très limités, mais en saisissant la tumeur avec une pince on pouvait communiquer à cette dernière des mouvements et certains déplacements, sans entraîner le globe de l'œil avec elle. Il était permis de penser que le néoplasme présentait peu ou point d'adhérences avec le sclérotique.

La vue était restée bonne, et l'ophthalmoscope permettait de constater la parfaite intégrité des milieux et des membranes profondes. Rien du côté des ganglions.

Depuis deux mois, le malade est faible, le teint est légèrement jaune terreux, le moral très déprimé. Comme antécédents, une fièvre

typhoïde à 19 ans. Il dit avoir eu vers l'âge de 30 ans des engorgements du côté du foie,et en 1874,des coliques hépatiques graves avec accidents nerveux du côté du cœur. Pas de syphilis.

M. Coursserant posa le diagnostic d'épitheliome de la conjonctive et conseilla l'ablation immédiate de la tumeur.

Le malade vit M. Fano qui diagnostiqua une tumeur fibro-plastique développée au dépens de la sclérotique. M. Galezowski ne se prononça pas sur la nature de la tumeur, mais il fut, comme M. Fano, pour l'opération à bref délai.

Le 29 août 1880 assisté de M. le Dr Béral et de M. Desgoffe, étudiant en médecine. M. Coursserant pratiqua l'opération après avoir anesthésié le malade au moyen du chloral et du chloroforme suivant la méthode de son maître M. le professeur Trélat. Les paupières largement écartées, la tumeur fut saisie et attirée fortement en haut de façon à disséquer son bord inférieur. La dissection fut faite près du bord cornéen de manière à porter dans les parties saines de la conjonctive. Dès les premiers coups de bistouri il était facile de voir que cette tumeur n'avait pas d'adhérence solide et bien intime avec la sclérotique ; puis les parties latérales furent dégagèes à leur tour, la dissection portant toujours sur les parties de la conjonctive qui paraissaient respectées par la néoplasie. Puis par une forte traction, la tumeur fut attirée en bas, et au moyen de ciseaux, elle fut enlevée avec toute une partie de cul-de-sac supérieur. Pour terminer toute la surfaee dénudée de la sclérotique fut raclée avec un bistouri convexe pour mettre ains le malade à l'abri d'une récidive sur place.pouvant prendre naissance dans le tissu de l'episclère.

L'hémorrhagie opératoire ne fut pas considérable et un pansement de Lister fut appliqué.

L'examen macroscopique permit de constater que l'on avait bien la totalité de la tumeur.

Les suites de l'opération furent très simples ; le huitième jour le malade quittait la clinique pour retourner à Ham.

L'examen microscopique de la tumeur, fait par suite de circonstances particulières dans d'assez mauvaises conditions, permit cependant d'en reconnaître la nature épithéliale.

Un mois après, il revenait à Paris,et voici quel était l'aspect de cet œil. Il s'était produit un symblépharon opératoire entre le bord supérieur du cartilage tarse et la sclérotique dénudée ; de telle sorte

qu'il n'y avait plus de cul-de-sac supérieur; et comme le droit supérieur avait été détruit en partie, pendant l'opération, l'œil était en strabisme inférieur. La formation de ce symblépharon fut considérée par M. Coursserant comme un incident heureux; car il semblait constituer une barrière à la propagation du néoplasme en arrière, si une récidive sur place venait à se produire.

La vision monoculaire était bonne; mais il existait une diplopie lorsque le malade cherchait à fixer avec les deux yeux. Du reste, cette diplopie n'était nullement gênante, car le ptosis de la paupière supérieure, devenu définitif par le fait du symblépharon post-opératoire, rendait la vision binoculaire impossible.

Le malade avait été prévenu de cet accident et ne s'en montrait nullement affecté.

L'état général était du reste très bon et les forces paraissaient revenues. Rien encore à cette époque à noter du côté des ganglions.

Le 24 décembre 1880, le malade écrivait à M. Coursserant qu'il remarquait depuis quelque temps en bas et en avant de l'oreille droite une espèce de ganglion pouvant avoir la grosseur d'une noisette; il s'en préoccupait beaucoup et demandait ce qu'il y avait à faire. M. Coursserant ordonna des frictions avec la pommade iodurée et l'usage d'une potion à l'iodure du potassium.

Suivant son conseil, le malade alla consulter M. le professeur Trélat qui, reconnaissant la nature maligne du ganglion, proposa immédiatement une opération qui fut acceptée. Elle fut pratiquée en ville le 21 mars 1881 par M. le professeur Trélat. Le malade endormi, une incision, s'étendant de la base de l'apophyse zygomatique à environ un centimètre de l'angle du maxillaire inférieur, permit de disséquer la tumeur qui présentait le volume d'une grosse noisette. Elle ne contractait aucune adhérence avec la peau. Pendant l'opération, M. Trélat s'aperçut qu'une partie de la parotide accessoire était envahie par la dégénérescence morbide et il dut disséquer cette portion de la glande. On rencontra ensuite de nombreuses adhérences avec les parties sous-jacentes et une hémorrhagie vint encore compliquer ce temps de l'opération. Quelques pinces et quelques ligatures eurent raison de ce dernier accident. Enfin l'opération achevée, un drain fut placé dans la plaie dont on rapprocha les bords par 5 ou 6 sutures métalliques, et on fit un pansement phéniqué.

Le deuxième jour après l'opération, le pansement fut renouvelé ; la suppuration était peu abondante.

Le 24 mars, trois des points de suture furent enlevés, on laissa les autres en place jusqu'au lendemain.

Enfin, le 28, le malade quitte Paris, sa plaie était cicatrisée, et on put s'assurer que le facial n'avait pas été lésé pendant l'opération.

Nous devons à l'obligeance de MM. Barette et Coudray, internes du service de M. le professeur Trélat, la suite de cette observation :

Au mois d'août, le malade revenait à Paris, entra à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Trélat, alors suppléé par M. Bouilly pour se faire opérer d'un tumeur siégeant un peu au-dessous et en arrière de celle qu'on avait enlevée au mois de mars. M. Bouilly pratiqua cette opération le 28 août 1881. Une portion de la parotide fut encore enlevée dans cette opération.

Durant les quelques jours qui suivirent, le malade se plaignit de douleurs névralgiques et on vit apparaître dans les parties voisines du point opéré, un gonflement qui fut assez lent à disparaître. Cependant la cicatrisation marcha rapidement, et, au bout de quelques jours, le malade quittait l'hôpital.

Il y rentrait une seconde fois le 11 janvier dernier pour y subir une quatrième opération.

Voici ce que l'on constatait à cette époque.

La paupière supérieure de l'œil droit était abaissée et ne pouvait plus se relever volontairement.

L'œil avait notablement perdu de son acuité qui était à peu près normale après l'opération du mois de mars. L'examen ophthalmoscopique permettait pourtant de constater l'intégrité des membranes profondes et des milieux de cet œil.

Sur la partie antérieure de la région parotidienne, existe une cicatrice longitudinale, oblique en bas et en arrière. Plus en arrière de

la branche montante, on en remarque une autre beaucoup plus courte.

On constate sur la même région une tuméfaction dure, présentant en bas une petite masse arrondie, se continuant en haut avec une grosse tumeur du volume d'un œuf de pigeon ; celle-ci est mobile sous la peau, mais paraît s'étendre dans l'épaisseur de la parotide. Cette tuméfaction va de l'angle de la mâchoire à environ un centimètre au-dessous du conduit auditif externe ; empiétant en avant un peu au-delà du bord postérieur de la branche montante du maxillaire et en arrière, à trois centimètres de cette partie. On ne constate pas de ganglions sous-maxillaires ni parotidiens.

Le malade fut opéré le 19 janvier par M. Trélat ; voici quelles furent les principales phases de l'opération :

1° Incision courbe à concavité antérieure sur la partie postérieure de la région parotidienne.

2° Dissection de la partie superficielle, puis antérieure de la tumeur.

3° Enucléation de sa partie inférieure isolément et section après ligature d'un pédicule semblant contenir l'artère carotide externe.

4° Décollement de la partie postérieure, de nombreuses artérioles donnent du sang, on place 8 ou 10 pinces.

5° Au moment où on arrive dans la partie supérieure de la loge parotidienne, un vaisseau artériel ouvert donne un jet très fort d'un sang rutilant. On fait la compression immédiate dans la plaie et médiate au niveau de la carotide primitive. On fait alors quatre ligatures et on applique 4 ou 5 pinces sur de petits vaisseaux qui donnent du sang.

6° Extraction du prolongement interptérygoïdien de la parotide ; section du facial.

7° Nettoyage complet de la loge parotidienne disséquée.

8° Sutures profondes en deux points.

9° Drainage.

10° Sutures superficielles à points nombreux. Pansement de Lister.

La journée fut assez bonne, la température du soir fut de 36°8, pansement souillé par le suintement sanguin.

20 janvier. Vers 4 ou 5 heures du matin, le malade est pris de douleurs névralgiques dans tout le côté de la tête. Paralysie faciale

du côté opéré avec déviation notable vers l'autre côté. Température du matin 37° ; température du soir 37°8.

Le 21. Nuit meilleure. Température du matin 37°4, on refait le pansement; deux heures après, retour des névralgies. Température du soir 37°8.

Le 22. Douleurs dans la nuit. Température du matin 37°1. Journée calme, les douleurs cessent. Température du soir, 37°2. On donne le soir au malade une pilule de 0,05 d'extrait thébaique.

Quelques jours après le malade quittait l'hôpital en bonne voie de guérison.

M. Latteux, qui fit l'examen microscopique des trois récidives, a bien voulu nous communiquer les notes qu'il possède ; nous n'y changerons rien :

Analyse histologique. — Nous n'avons pas eu en main la tumeur primitive. Les trois pièces relatives aux récidives, analysées par nous, se rapportent évidemment à une tumeur épithéliale.

Dans la pièce provenant de la première récidive, les éléments lymphatiques ganglionnaires sont intimement mélangés avec de grosses cellules à protoplasme granuleux, noyau et nucléole ; et qui se distinguent facilement des premiers par leur volume trois ou quatre fois plus considérable.

En quelques points, elles sont groupées en îlots circulaires, qui certes, plus tard, auraient formé des globes épidermiques.

Mêmes lésions dans les deuxième et troisième récidives.

Dans la dernière, c'est à peine si l'on trouve trace du tissu ganglionnaire. Les grosses cellules épithéliales se sont presque complètement sudstituées à lui.

Le tissu conjonctif ambiant est le siège d'une abondante prolifération embryonnaire, ayant envahi ce qui restait de la glande parotide, mais néanmoins sans altérer ses éléments propres qui sont pour ainsi dire intacts.

Nous avons reçu des nouvelles du malade, il y a environ un mois. Aucune récidive n'a encore eu lieu sur place ; mais les ganglions du cou sont de nouveau atteints.

L'état général s'est considérablement aggravé. La peau est d'un jaune terreux, l'amaigrissement considérable et l'on s'attend de jour en jour à une issue funeste.

Observation II.

(Empruntée au Traité des maladies des yeux de M. Wecker.)

Au printemps 1866, j'ai opéré un nommé Gosselin, âgé de 60 ans, d'un épithélioma de la grosseur d'une forte noisette. Cette tumeur était implantée par un étroit pédicule sur le limbe conjonctival de l'œil gauche au bord externe de la cornée. Elle datait de deux ans et avait une grande ressemblance avec les végétations du col de la matrice que les Anglais ont décrit sous le nom de *Cole Flower tumour.*

La tumeur mobile sur la cornée en recouvrait les deux tiers et avait opacifié cette membrane dans presque toute son étendue Le malade ne pouvait plus fermer complètement l'œil et malgré les frottements continuels de la paupière sur la surface de la tumeur, celle-ci ne présentait aucune ulcération.

Le malade très pusillanime ne se décide à entrer à ma clinique pour se soumettre à l'opération, qu'à bout de forces et épuisé par des souffrances continuelles. Ayant vu souvent l'ablation des épithéliomas de l'œil suivie d'une prompte récidive, je me décidai à pratiquer tout de suite l'énucléation du globe. A cet effet, je détachai la conjonctive au niveau des insertions musculaires, laissant sur le globe toute la partie comprise entre les insertions et la cornée, et je continuai l'opération comme dans le procédé de Bonnet.

Huit jours après, le malade sortait parfaitement guéri, mais malheureusement au bout de cinq mois, il nous revint avec une récidive. Tout l'orbite était rempli de fongosités sèches qui commençaient déjà à former une procidence entre les paupières, je pratiquai alors, avec des ciseaux courbes, une nouvelle extirpation aussi complète que possible, et je pansai la plaie au moyen de boulettes de charpie trempées dans une solution au tiers d'acide acétique. La guérison marcha avec une grande rapidité. Aujourd'hui, c'est-à-dire trois mois après l'opération, la rétraction cicatricielle est très prononcée et aucune récidive n'a encore eu lieu. La tumeur examinée par M. Robin présentait tous les caractères d'un épithélioma et avait pris naissance dans le tissu conjonctival périkératique.

Observation III (1).

Un officier d'un âge moyen, jouissant d'une excellente santé, était traité depuis plusieurs mois par un oculiste érudit pour une ophthalmie phlycténulaire très persistante et d'un caractère particulier. Moi-même j'avais vu ce malade quelque temps auparavant, et j'avais cru qu'il s'agissait d'nne infiltration appartenant à l'ophthalmie phlycténulaire. Au second examen, les choses avaient bien changé. Il existait une injection en forme de faisceau allant de la périphérie de l'œil vers le bord externe de la cornée où siégeait une petite élévation à peu près de 1 millimètre de hauteur et à peine de 2 millimètres de diamètre. Cette élévation différait néanmoins, quant à sa forme de celles qu'on rencontre à l'occasion d'une infiltration ordinaire et bien circonscrite du tissu conjonctival. Elle était taillée à pic, le bord de cette partie élevée était couvert d'un épithélium lisse qui se perdait vers le milieu de celle-ci, examinée avec la loupe on voyait sa surface irrégulière et remplie d'aspérités papillaires; elle était complètement sèche, et nulle part recouverte de lambeaux de tissu en décomposition purulente comme on le voit dans les infiltrations conjonctivales ulcérées. L'élévation formée par la tumeur était entourée d'une injection artérielle peu prononcée; au contraire de ce qu'on voit pour les phlyctènes de la conjonctive, on ne trouvait aucun gonflement inflammatoire de la muqueuse, seulement quelques veines tortueuses et très peu d'infiltration séreuse. Je n'hésitai pas à dire que cette production morbide était un néoplasme, quoique cette injection en forme de faisceau, allant jusqu'à l'angle externe de l'œil me parut bien singulière.

Après l'ablation de cette tumeur, la guérison s'effectua en peu de jours et l'injection anormale cessa complètement. M. le professeur Virchow, qui avait bien voulu se charger de l'examen de cette tumeur n'hésita pas à déclarer que c'était un cancroïde; car elle présentait une foule de cônes épithéliaux serrés les uns contre les autres et implantés dans un tissu cellulaire très peu abondant qui les entourait. La tumeur contenant aussi des masses épithéliales agglomérées qui étaient sans aucune continuité avec la surface; en un mot, elle

(1) Arch. für ophth. Bd. VII, abth. II. De Graefe.

possédait tous les caractères d'un cancroïde. Jusquà présent (uné année), le malade n'a pas été pris de récidive, mais il est douteux qu'il ne s'en manifeste pas, même après un ablation faite si peu de temps après le début de la maladie.

Observation IV (1).

Mme Léonore P..., âgée de 57 ans, privée de ses règles depuis 6 ans, s'apercevait pendant l'été de 1858 qu'une rougeur se montrait à son œil droit dans l'angle externe. Cette rougeur se propageait de plus en plus vers le bord de la cornée et y causait un gonflement pour lequel elle venait me consulter, le 5 novembre. Le quart externe de la cornée était occupé par une tumeur plate d'environ 3 millimètrès de hauteur. Cette tumeur se limitait nettement par un bord tranchant et presque vertical. Elle s'étendait à peine sur la sclérotique, était d'un gris brun, et se perdait en dehors dans la conjonctive sillonnée de grosses veines près de la cornée et se rétrécissant vers les angles de l'œil. La conjonctive de toute cette partie semblait bien un peu gonflée; mais sans être dégénérée. L'opération montra que la tumeur n'adhérait que par une partie circonscrite de 2 millimètres carrés au tissu de la cornée et cela un peu au-dessous du diamètre horizontal de cette membranc. Le reste de la tumeur n'était qué très peu adhérent â la cornée et put être facilement et entièrement enlevé. L'injection anormale de la conjonctive se dissipa complètement et l'œil présenta, dix jours après l'opération, un aspect parfaitement sain. M. le professeur Virchow qui s'était chargé de l'examen de la tumeur et avait bien voulu me faire voir le résultat final de cet examen démontra la nature typique d'un cancroïde. J'ai reçu des nouvelles de la malade, m'informant qu'elle avait été prise d'une récidive avant qu'une année entière fut passée. Le mal renaissant occupait le bord inférieur de la cornée.

(1) Wecker. Traité complet d'ophth.

Observation V.

Cancroïde simulant une ophthalmie phlycténulaire, par Hermann-Demme (1).

Le premier cas qui attira mon attention sur ce sujet, s'est présenté à moi, il y a deux ans environ. Je reçus d'un chirurgien-oculiste, avec prière de l'examiner, un noyau jaunâtre, rouge, assez vasculaire, de la grosseur d'un pois. Il avait été enlevé le jour même de l'œil d'une femme de 50 ans. Il était situé dans la partie externe et inférieure de l'hémisphère oculaire antérieur et on avait affirmé que depuis près d'une année il n'avait point fait de progrès. On avait diagnostiqué une tumeur dermoïde, affection comparativement fréquente en ce lieu. Je fus surpris, lors de l'examen microscopique de rencontrer un développement épithélial, serré régulièrement au milieu d'un tissu conjonctif suffisamment vasculaire. La détermination d'un cancroïde fut confirmée pour moi par les éléments épithéliaux séparés que l'on rencontrait également et indépendamment de la couche cellulaire de la conjonctive, enlevant ainsi tout doute sur le processus hyperplasique. Quoique la plaie eut été cautérisée avec le nitrate d'argent, la maladie se reproduisit juste au-dessous de son siège primitif en moins de six mois, et un nodule commenca à se former à l'angle externe de la paupière, lequel par sa structure lobulée et d'autres remarques caractéristiques ne pouvait laisser de doute sur sa nature. Je n'ai depuis cette époque plus entendu parler de la malade.

Observation VI.

Tumeur sous-conjonctivale de nature épithéliale, par le Dr A. Dujardin (1).

Charles Bourrez, 20 mois, amené au dispensaire le 15 septembre dernier.

(1) Schweitz, Zeitsch. für Heilk., I. 301.
(1) Journal des sciences médicales de Lille, 1881, p. 749.

On constata à l'œil gauche sous la conjonctive bulbaire, une petite tumeur parfaitement mobile, située à peu de distance de la caroncule et à moitié cachée par la paupière inférieure. Lorsque l'enfant regarde en haut, la tumeur se voit tout entière. Elle est blanchâtre, de la grosseur d'une petite lentille. Les parents n'ont remarqué l'existence de cette grosseur que depuis quelques semaines, l'enfant est sain, très bien portant.

L'excision de la tumeur fut pratiquée le lendemain, la guérison eut lieu très simplement au bout de quelques jours.

M. le professeur Augier, à qui nous avons remis la tumeur pour en faire l'examen histologique nous a communiqué la note suivante : « Cette tumeur qui a la forme et le volume d'un pois plutôt petit, est d'une consistance assez ferme : à la coupe, le tissu en est grisâtre et d'aspect uniforme. Le tissu se laisse facilement dissocier par les aiguilles ; l'examen microscopique de l'un des petits fragments dissocié montre qu'il est constitué uniquement par l'agglomération de cellules épithéliales analogues aux cellules de l'épiderme. Ces éléments cellulaires sont entièrement réduits à l'état de lamelles épidermiques, cornées ; la petite plaque amincie qui forme la cellule est comme ridée et les plicatures qui lui donnent cet aspect partent du centre où le noyau est représenté par un espace clair. Il n'y a plus trace de protoplasme vivant dans ces cellules épithéliales, car aucun réactif ne le décèle, ni l'aniline, ni le carmin, ni l'acide osmique. Ces lamelles épidermiques agglomérées sont contenues dans une mince capsule fibreuse. Enfin, nous devons mentionner l'absence totale de vaisseaux capillaires dans cette néoplasie de nature si particulière, remarquable à la fois par l'âge du sujet, par son siège et par ses éléments constitutifs.

Observation VII.

Sarcome fasciculé de l'épisclère, avec envahissement de la cornée.
E. Hocquard (1).

Le nommé R... (A), domestique, âgé de 37 ans, demeurant à Dar-

(1) Gazette hebdom., 26 septembre 1879.

dilly (Rhône), entre à l'Hôtel-Dieu le 6 décembre 1877 dans le service de M. Gayet.

Cet homme n'accuse aucun antécédent héréditaire ni spécifique. Il a toujours joui d'une excellente santé et il est de constitution robuste. Il vient consulter pour une petite tumeur siégeant dans l'angle interne de l'œil gauche.

C'est au mois de mai 1876 qu'il s'est aperçu, pour la première fois, de l'existence de cette tumeur. A cette époque elle n'était pas plus grosse que la tête d'une épingle et s'implantait immédiatement en arrière du limbe cornéen, au côté interne et supérieur du globe. Elle ne gênait en aucune manière la vision, n'était pas douloureuse et n'occasionnait même pas de larmoiement ; mais elle s'étendait rapidement, car trois semaines après la première constatation du malade elle avait déjà acquis la largeur d'une lentille.

Le malade effrayé fut à cette époque consulter M. Gayet, qui excisa la tumeur ; mais il y eut récidive rapide et R... dut rentrer à l'hôpital au mois de novembre de la même année.

L'état local fut examiné très soigneusement et consigné dans les registres de la clinique. Il existait alors à l'angle interne de l'œil gauche une sorte de végétation rougeâtre s'étendant sur la conjonctive et envahissant la cornée. Elle offrait au niveau de cette dernière membrane une saillie en forme de bouton, irrégulière, assez volumineuse et d'un blanc rosé. Ce bouton s'étendait un peu du côté de l'angle interne. La conjonctive était à ce niveau sillonnée de gros vaisseaux flexueux qui nourrissaient la tumeur. L'injection était bien localisée. La vision se maintenait encore parfaite, car le champ pupillaire n'était pas envahi. Mais au dire du malade, la tumeur croissait à vue d'œil surtout depuis un mois. Il y avait donc nécessité d'intervenir.

Le 13 novembre, M. Gayet procéda, pour la deuxième fois, à l'extirpation du néoplasme. La portion conjonctivale fut enlevée avec les ciseaux ; puis à l'aide d'un scarificateur on racla la sclérotique et on excisa le bouton cornéen. On enleva de la sorte tout le tissu qui paraissait malade. Les suites furent très simples et la plaie se cicatrisa rapidement. Le lambeau conjonctival excisé fut placé dans l'alcool à 90° pour être examiné ultérieurement.

Pendant un an on n'entendit plus parler du malade et M. Gayet le croyait définitivement guéri lorsqu'il le vit venir, le 6 décembre 1877,

à la consultation de l'Hôtel-Dieu porteur, cette fois, d'une tumeur plus volumineuse et d'un aspect singulier. Elle ressemblait à s'y méprendre à un ptérigion et occupait, du reste, exactement le siège de prédilection de cette sorte de lésion. Au côté interne de la cornée, à cheval mi-partie sur cette membrane, mi-partie sur la sclérotique, se montrait d'abord une tumeur demi-transparente, d'un bleu grisâtre à surface légèrement inégale, mais lisse et brillante, ayant à peu près la consistance de la substance cornéenne. Cette tumeur avait la forme d'un ovale à grand axe oblique de haut en bas et de dehors en dedans. Elle mesurait 7 millimètres suivant le grand axe 5 suivant le petit. Elle empiétait sur la sclérotique dans une étendue de 1 millimètre environ et elle recouvrait la cornée de telle façon que son bord interne venait affleurer le disque papillaire lorsque la pupille était en dilatation moyenne. Elle était sessile et parcouru par un grand nombre de vaisseaux volumineux qui affectaient une disposition remarquable. Grâce à la transparence de la tumeur, on les voyait partir de la profondeur, traverser sans déviation presque tout le tissu du néoplasme, puis, arrivés très près de la surface, se recourber brusquement pour retourner à leur point de départ en constituant un système d'anses, qui à la loupe offrait un très joli aspect.

La tumeur était à peine sensible; on pouvait la toucher légèrement avec la pointe d'une plume sans que le malade fit aucun mouvement. Elle ne présentait à sa surface ni croûtes, ni ulcérations. Elle n'avait pas de tendance à saigner.

La démarcation entre le néoplasme et la portion de la cornée restée saine se montrait bien tranchée excepté sur un petit point en bas et en dedans où la cornée avait pris une teinte louche aux environs de la tumeur.

J'ai dit que la tumeur était ovalaire, à grand axe, dirigé de dehors en dedans et de haut en bas. De l'extrémité inféro-externe du grand axe partaient de gros vaisseaux tortueux; les uns superficiels étaient carminés; les autres plus profondément situés avaient une teinte violette. Ces vaisseaux bien groupés, au moment où ils pénétraient dans la tumeur, allaient en divergeant à mesure qu'ils se rapprochaient de la caroncule ou du cul-de-sac conjonctival, figurant assez exactement un aileron ou mieux la queue d'une comète.

L'ensemble de la lésion figurait donc à s'y méprendre un ptérigion,

et ce qui rendait encore cette ressemblance plus frappante, c'était la présence d'une large bandelette, à fibres nacrées, rayonnant vers la tumeur. Cette bandelette qui n'était autre que la cicatrice conjonctivale resultant des opérations précédentes, figurait un triangle dont la base très large répondait à la moitié interne du-cul-de sac conjonctival inférieur et à la région caronculaire, et dont le sommet venait aboutir à l'angle inféro-interne de la tumeur. En relevant la paupière supérieure on voyait également que cette paupière était bridée par un gros faisceau blanc nacré cicatriciel qui partant, de la face conjonctivale immédiatement en arrière du point lacrymal, aboutissait également au bord interne du néoplasme.

La conjonctive palpébrale était un peu injectée en dedans à cause des frottements répétés de la tumeur.

La tension du globe de l'œil était normale, la chambre antérieure intacte, l'iris contractile, le fond de l'œil sain. L'acuité avait un peu diminué à cause de l'extension de la tumeur vers le centre de la cornée.

$$V = \begin{cases} O\ G \dfrac{5}{9.} \\ O\ D \dfrac{1}{1.} \end{cases}$$

Cette fois encore il fallait intervenir et intervenir promptement, car la tumeur, qui s'étalait rapidement et était arrivée à la pupille, allait s'étendant au-devant de l'ouverture de l'iris compromettre la vision de cet œil d'une façon définitive. Mais dans quel mesure fallait-il agir ? Devait-on, instruit par les inutiles tentatives d'extirpation faites à deux reprises différentes, et dans la crainte d'une généralisation prochaine de la tumeur dans l'orbite, tenter une cure radicale en enlevant l'œil tout entier, ou fallait-il encouragé, par la bénignité des opérations déjà faites et par le peu de tendance que montrait le néoplasme à se propager au loin, essayer encore une fois l'excision sur place et respecter le globe. Après un peu d'hésitation M. Gayet s'arrêta à ce dernier parti et cela pour les raisons suivantes : d'abord l'examen de la tumeur énucliée précédemment avait fait voir qu'il s'agissait d'un sarcome. Or l'opérateur savait par ex-

périence que ces sortes de néoplasmes ont beaucoup moins de tendance que les épithéliomas à se généraliser dans l'orbite et à s'enfoncer vers l'intérieur de l'œil; ensuite les fonctions de l'organe lui-même étaient à peine compromise et M. Gayet éprouvait la plus grande répugnance à sacrifier un œil dont la vision était encore pour ainsi dire normale.

On résolut donc de tâter cette fois encore de l'excision suivie du râclage en agissant plus profondément que les deux premières fois et en se reservant d'énucléer consécutivement l'œil si,à la suite de toutes ces manœuvres, il se déclarait une panophthalmite.

L'opération fut pratiquée le 11 décembre 1877. A la suite de l'excision et du grattage il s'écoula un peu de sang qui fut arrêté presque aussitôt à l'aide de l'eau froide.

Trois jours après l'opération, la plaie cornéenne était déjà cicatrisée. Il se montrait même à la surface de la cicatrice une sorte de vernis rouge violet qui donna des inquiétudes au point de vue de la récidive, ce qui fit qu'on cautérisa vigoureusement l'endroit suspect avec le crayon de nitrate d'argent.

Le malade sortit le 20 paraissant complètement guéri. Je l'ai revu le 5 août 1869, 19 mois après l'opération. La conjonctive présentait à l'angle interne de l'œil une cicatrice nacrée, trace des opérations précédentes. La cornée avait repris presque partout sa transparence, même à l'endroit où avaient porté les râclages. Il restait seulement en dedans une petite tache grisâtre ayant un millimètre et demi environ de diamètre et reposant mi partie sur la sclérotique et mi partie sur la cornée. De petits vaisseaux épiscléraux très fins se rendaient à cette tache dans laquelle ils se divisaient. Le malade me dit que cette tache existait très peu de temps après l'opération et qu'en tout cas elle ne s'était pas du tout étendue depuis qu'il l'avait aperçue. Serait-ce une cicatrice ou une récidive.

Son apparition très peu de temps après l'opération ; son état stationnaire, son niveau qui dépassait très peu celui de la cornée, me feraient pencher pour la première opinion ; mais la vascularisation persistante laisse quelques doutes dans mon esprit. En tout cas la récidive, si récidive, il y a, s'annonce extrêmement lente et tout à fait benigne.

Examen microscopique. — L'examen a porté sur les portions de la tumeur enlevées dans les deux dernières opérations. Les pièces ont

été conservées dans l'alcool. Les coupes colorées avec le carmin ont été montées dans la glycérine additionnée d'acide formique. Voici ce que j'ai constaté sur mes préparations.

A.— *Deuxième extirpation*, du 13 novembre 1876. La tumeur durcie dans l'alcool à 90° a à peu près le volume d'un petit pois. Elle est exclusivement composée d'une grande quantité de cellules allongées, disposées en faisceaux et reliées par une substance amorphe très-peu abondante, se colorant à peine par le carmin. Cette gangue amorphe paraît assez solide, car les éléments figurés ne s'isolent pas facilement. La disposition fasciculée est due à l'orientation des cellules qui sont rangées par groupes très allongées constituant de véritables faisceaux. Toutes les cellules formant chaque groupe ont leur grand axe dirigé dans le sens de la longueur du faisceau. Ces faisceaux n'ont pas tous la même direction; ils s'enchevêtrent au contraire les uns dans les autres de telle sorte que, selon les hasards de la section, ils peuvent être coupés suivant leur axe, perpendiculairement à lui ou plus ou moins obliquement. Il en résulte que sur les coupes on voit tantôt des groupes de corpuscules, les uns ronds, les autres plus ou moins ovalaires, avec ou sans noyau.

Les cellules obtenues par la dissociation de petits fragments de tumeur sont bipolaires ou en raquette. Les premières sont en général moins volumineuses que les secondes.

Les plus petites ont 30 m. de longueur, les plus grandes peuvent aller jusqu'à 70 m.

Le noyau allongé dans le sens du grand axe de la cellule a de 11 à 20 m.; il contient toujours plusieurs nucléoles bien marqués et brillants ; il s'imprègne fortement en rouge tandis que le protoplasme assez abondant se colore à peine. Rarement on rencontre des cellules à deux noyaux. Toutes ou presque toutes les cellules sont remplies de granulations graisseuses. Ça et là on tvouve dans le tissu même de la tumeur des points de ramollissement constitués par des cellules altérées, à peine reconnaissables, nageant au milieu de grosses gouttelettes d'huile; sur divers points j'ai trouvé des cellules gigantesques qui rappelaient celles de la moelle des os. Nulle part il n'y a trace de pigment et il n'existe aucun vaisseau dans la substance même du néoplasme.

La base de la tumeur est constituée par le tissu conjonctif de

l'épisclère, qui montre une prolifération particulière de ses éléments cellulaires. Les grandes cellules à prolongements sont plus nombreuses que d'habitude et çà et là on remarque entre les fibres qu'elles écartent des groupes de cellules cancéreuses. Ces corpuscules ne sont pas en dégénérescence régressive comme ceux qui appartiennent au tissu propre du sarcome; ils forment des amas qui ont beaucoup plus de tendance à s'allonger transversalement et parallèlement aux faisceaux conjonctifs qu'à se développer dans le sens de la profondeur. Cependant il existe de ces groupes de cellules sur la limite profonde de la portion enlevée, ce qui fait supposer que tout le tissu malade n'a pas été extirpé, et ce qui explique la récidive.

A part la prolifération anormale de grandes cellules conjonctives à prolongements, l'épisclère ne semble pas avoir été beaucoup modifié par le processus. Ses vaisseaux ne sont pas plus nombreux que de coutume et leurs parois ne sont pas enflammées. Sur quelques-uns d'entre eux, cependant, les noyaux endothéliaux paraissent avoir proliféré. En résumé, le diagnostic anatomique résultant de l'examen de la tumeur est : sarcome fasciculé de l'épisclère, en régression, avec points de ramollissement ayant plus de tendance à se développer en surface qu'à augmenter en profondeur.

B. *Troisième extirpation.* — Le 12 décembre 1877. — La tumeur a envahi la cornée jusqu'à la pupille et la pièce conservée dans l'alcool a été cette fois taillée en plein tissu cornéen. En examinant les coupes dans leur ensemble, on voit immédiatement que si le néoplasme s'est étendu sur une grande surface, il a respecté presque entièrement le tissu propre de la cornée. La masse sarcomateuse s'est étalée en nappe au-dessous du revêtement épithélial antérieur qu'elle a bouleversé de fond en comble et en suivant la membrane de Bowmann qu'elle n'a pu réussir à entamer, si ce n'est en un point restreint.

Cette résistance de la lame de Bowmann en retardant l'envahissement des faisceaux de la substance propre a sauvé la cornée et probablement l'œil lui-même.

L'épaisseur des cellules de la couche cancéreuse va en diminuant de la périphérie vers le centre. Le néoplasme est composé de cellules plus arrondies, plus petites et plus serrées les unes contre les autres que sur la pièce qui a été l'objet de l'examen précédent. De

plus, elles n'en ont plus l'orientation en faisceaux que j'ai notée sur la pièce précédente. Il semblerait qu'en récidivant la tumeur s'est rapprochée du type embryonnaire ce qui rendrait son pronostic un peu plus menaçant. Le tissu de la tumeur est creusé sur les coupes de grandes vacuoles contenant des globules sanguins. Ces vacuoles sont peu nombreuses et chaque coupe en contient de deux à six seulement. La membrane d'enveloppe de ces canaux sanguins semble continuée par une substance amorphe, identique à celle qui relie entre elles les cellules sarcomateuses, mais plus condensée, partant, plus réfringente.

C'est du côté du centre de la cornée qu'il importe d'examiner les préparations lorsqu'on veut se rendre compte du mode d'évolution de la tumeur. En cet endroit le néoplasme est représenté par une couche épaisse de cellules situées entre la membrane de Bowmann et l'épithélium soulevé en bloc. L'epithèle forme encore ici une couche distincte et continue ; mais à mesure que l'on se reporte vers le limbe, origine du sarcome, les cellules épidermiques deviennent de plus en plus rares. On les voit alors perdre leur caractère de couche continue et superficielle et se laisser dissocier et englober par le tissu sarcomateux. Elles forment au milieu des petites cellules tassées et richement colorées du sarcome des groupes facilement reconnaissables à la dimension des éléments, à leur protoplasme plus abondant, moins coloré, enfin à leur forme et à leur agencement.

Les cellules à pied ont presque partout disparu, soit par atrophie, soit par transformation. Dans un point cependant, j'ai retrouvé, fixées à la face externe de la *lamina anterior*, quelques-unes de ces cellules, qui s'étaient allongées outre mesure, et dont une ou deux avaient même acquis le double de leur hauteur normale. Les cellules sarcomateuses qui remplacent cette couche à la surface de la lame de Bowmann sont aplaties et ont leur surface parallèle à la direction de cette lame.

Au-dessous de la lame hyaline antérieure, la substance propre de la cornée se montre parfaitement intacte. On ne constate même pas de prolifération de corpuscules cornéens. Malheureusement la lamina anterior n'a pas persisté partout.

Tout près du limbe, dans le point où le sarcome est le plus épais, cette lame s'est rompue, soit sous l'effort du néoplasme lui-même, soit à la suite des râclages pratiqués dans lès opérations précédentes.

La cassure est très nette, comme celle d'une lame de verre. La tumeur a pénétré par cette ouverture et les lames superficielles de la cornée offrent des signes de généralisation.

Ces corpuscules sarcomateux se montrent en cet endroit entre les faisceaux cornéens, qu'ils dissocient ; mais, chose curieuse, ils ont, même entre les lames de la substance propre, plus de tendance à s'étaler en surface qu'à s'enfoncer dans la profondeur. On les voit parcourir au-dessous de la membrane de Bowmann le même chemin que les congénères ont parcouru au-dessus. Heureusement ceux qui ont pénétré ne se montrent pas très loin du lieu de rupture de la *lamina anterior*. Les faisceaux cornéens opposent donc une barrière à la marche envahissante du processus tout comme la lame de Bowmann, mais avec moins d'efficacité qu'elle ; car des cellules cancéreuses se montrent déjà entre les faisceaux moyens dans les couches les plus profondes de la portion extirpée. Il est même à craindre que l'on ait laissé dans les couches profondes de la cornée à l'endroit de la rupture de la lame de Bowmann, des corpuscules sarcomateux qui pourraient repulluler plus tard.

Observation VIII.

Sarcome primitif de la conjonctive, par M. le Dr Ceppi (de Porrentruy, Suisse) (1).

François H..., des environs de Porrentruy, âgé de 5 ans 1/2, n'a jamais fait de maladie. Parents alcooliques. Quatre autres enfants, tous atteints comme celui qui fait le sujet de notre observation, de la forme torpide de la scrofule. Un oncle du père, âgé de 60 à 70 ans, est porteur d'un carcinome de la verge. Pas d'étiologie positive en dehors de l'alcoolisme des parents, de la mauvaise nourriture et de la misère.

La maladie pour laquelle je suis consulté a débuté il y a 5 ou 6 semaines par « un petit bouton de la grosseur d'une tête d'épingle, blanchâtre et n'a jamais occasionné de douleurs. »

L'examen donne les résultats suivants : on aperçoit entre les pau-

(1) Progrès médical, n° 22, p. 423, 1881.

pières du côté gauche une tumeur composée de deux ou trois lobes assez distincts, du volume total d'une grosse noisette, d'apparence charnue, rouge et très vascularisée dans la plus grande partie de sa surface, de consistance ferme, élastique. Cette sorte d'excroissance s'élève de 1/2 centimètre au-dessus du bord libre de la paupière inférieure quand l'œil regarde à l'horizon. Elle s'étend d'un angle de l'œil à l'autre et est parfaitement mobile sur la paupière et sur le globe de l'œil, lesquels ne sont d'ailleurs nullement altérés. Cette tumeur est donc libre et mobile dans presque toute son étendue, mais on voit très bien qu'elle est adhérente au niveau du repli muqueux bulbo-palpébral, qu'elle fait corps avec la conjonctive et semble être recouverte par cette membrane. Elle repousse en avant la paupière inférieure de 8 millimètres environ, et est légèrement adhérente au niveau de la caroncule lacrymale. Indolore, quand on la comprime par-dessus la paupière, cette excroissance est douloureuse à la palpation immédiate. Elle a atteint en trois semaines le volume qu'elle présente aujourd'hui. Au devant du tragus on sent un petit ganglion lymphatique.

Je diagnostique une tumeur maligne et j'en pratique l'ablation le 26 septembre 1879 avec l'aide de MM. Vallat et Verra. L'enfant est chloroformisé et la tumeur disséquée à l'aide de ciseaux fins à pointes mousses et d'une érigne à chalazion.

L'opération assez délicate dura une demi-heure et fut radicale en ce sens que je pus enlever la totalité de la tumeur. Pansement ouaté légèrement compressif. A partir du troisième jour, collyre astringent.

La guérison fut extrêmement rapide et les suites des plus simples. Au bout de quatre jours, l'enfant sortait et courait dans le village.

Je le revois le 7 novembre. Pas trace de récidive. Une traînée blanchâtre occupant le fond du cul-de-sac bulbo-palpébral inférieur dans toute sa longueur, reste comme la seule trace de l'opération. L'œil, contrairement à mon attente, n'a rien perdu de sa mobilité. Il a un aspect complètement normal et ne se distingue de l'œil droit par aucune anomalie.

Le 10 décembre, c'est-à-dire deux mois et demi après l'opération, je constate une récidive au niveau de la caroncule lacrymale. Huit jours plus tard, le mal a fait des progrès sensibles. A la fin de dé-

cembre la petite tumeur blanc rosé qui était d'abord strictement limitée à la face profonde de la conjonctive avec laquelle elle faisait corps et qui n'avait amené jusqu'ici aucune déviation du globe oculaire, commençait à soulever celui-ci et à le refouler en haut et en dehors. A ce moment, le néoplasme qui repullulait au niveau de l'angle interne de l'œil paraissait avoir le volume d'une petite noisette. L'occlusion des paupières ne pouvait plus être complète à cause de la saillie de la tumeur. La paupière inférieure était comme la première fois projetée en avant surtout dans la moitié interne.

Je pressai les parents de se décider à une nouvelle opération, mais il y eut des retards, des hésitations sans fin, si bien que je ne pus opérer l'enfant que le 3 février. C'était trop tard, la tumeur de la conjonctive était devenue une tumeur de l'orbite. L'extirpation de l'œil ne fut pas acceptée, et je fus réduit à pratiquer une ablation incomplète. La paupière inférieure fut fendue dans toute sa hauteur et après avoir détaché de ses adhérences à la paupière et à la caroncule la portion antérieure de la masse morbide, je reconnus qu'elle s'enfonçait profondément dans l'orbite en soulevant fortement le globe avec lequel elle avait contracté des adhérences intimes. La paupière fut suturée et un pansement à l'acide borique appliqué. Les jours suivants je fis faire simplement des lavages avec la solution borique à 3 et demi pour cent.

Bientôt la maladie reprit sa marche rapidement envahissante. En peu de temps, la tumeur déborda la paupière inférieure et s'étala sur la joue, sous la forme d'une masse charnue rougeâtre, ulcérée, et sécrétant un pus infect.

Au printemps, elle avait le volume d'une grosse pomme et recouvrait la joue dans presque toute son étendue s'avançant jusque sur le nez et atteignant l'oreille. Cependant l'enfant ne souffrait pas. Il sortait et jouait chaque jour avec ses camarades, ne se préoccupant nullement de son mal et présentant seulement les signes d'une anémie excessive.

La mort arriva le 27 juillet 1880, dix mois après la première opération. L'enfant était alité depuis deux mois ; il se plaignait de maux de tête et avait de l'œdème des extrémités et des bourses. Il n'eut pas de convulsions, mais des vomissements fréquents et était « toujours endormi dans les derniers jours. » C'est une terminaison par méningite à n'en pas douter. Nous savons aujourd'hui que les

méningites consécutives aux altérations lentes de la face ou du crâne évoluent fréquemment sans grand appareil, sans convulsions notamment. J'ai vu, pour ma part, en 1877, à l'hôpital Cochin, dans le service de mon excellent maître M. Després, une vieille femme atteinte d'un épithélioma de l'œil, mourir tranquillement sans convulsions, après avoir seulement souffert du mal de tête pendant deux jours. A l'autopsie, nous trouvâmes une méningite confirmée.

J'examinai la pièce provenant de la première opération, et trouvai qu'il s'agissait d'un sarcome; mais connaissant la rareté des sarcomes primitifs de la conjonctive, je priai mon ancien maître, le professeur Langhaus (de Berne) de me donner son avis. Il me répondit que la tumeur en question était un « *granulations sarcom* », espèce histologique qui correspond au sarcome à cellules rondes de Virchow et au sarcome encéphaloïde des auteurs français. La préparation que j'en ai faite, colorée au carmin, à l'alun, après durcissement dans l'alcool, montre que telle est, en effet, la structure du néoplasme. Cependant, on trouve sur plusieurs points une organisation plus avancée et des caractères qui le rapprochent davantage du sarcome fasciculé.

Observation IX.

Sarcome de la conjonctive. — Sarcome à grandes cellules partant de la conjonctive du globe (1).

E. W..., couturière, anémique, amaigrie, d'aspect cachectique a remarqué depuis une semaine environ une tumeur sur le blanc de l'œil droit; n'a jamais eu à ce niveau d'autres douleurs qu'une sensation de piqûre. Après un travail prolongé, l'œil était quelque peu fatigué; mais il se remettait vite.

Etat actuel. — Au-dessus de la cornée et vers la commissure externe s'étend une tumeur longue de 15 millim. large de 6 à 7, d'aspect charnu; lobulée molle, riche en vaisseaux, mobile avec la con-

(1) V. Becker. Finska latzares a Est nandl, 1875, p. 156-158. Traduction de M. le Dr Thomas, bibliothécaire, pour la thèse de M. Thou, 1879.

jonctive. La partie inférieure la plus épaisse de la tumeur pend librement en bas; en haut, elle est séparée du bord de la cornée par une bande de tissu sain, large de 3 à 4 millimètres. Petites hémorrhagies dans ses différents lobes. La partie supérieure se confond davantage avec la conjonctive. Elle est lisse et ne présente pas de taches hémorrhagiques, son bord interne est mince, sinueux, rouge, et reçoit des vaisseaux de la partie supérieure.

Vers l'extrémité inféro-externe du limbe cornéen, on trouve une petite tumeur lisse, pédiculée, longue de 4 millimètres et bleuâtre. En dehors de la caroncule une large tumeur mélanique, longue de 6 millimètres, large de 2 millimètres. Le segment inférieur de la conjonctive est sain; au microscope, on trouve que la tumeur était recouverte par l'épithélium cylindrique normal de la conjonctive et qu'elle était formée de grosses cellules rondes à noyaux contenués dans un stroma conjonctif.

La tumeur qui siégeait sur le bord de la cornée était composée de cellules plus grandes à prolifération endogène et contenant par places des molécules de pigment.

Botticher (1) a vu une néoformation polypeuse de la conjonctive qui cachait la cornée; de sorte que la vision était perdue, l'ablation d'un fragment long de 1 pouce et demi la rétablit. Au microscope, on reconnaît que c'était un gliosarcome.

Tumeurs mélaniques.

Observation X.

Melano-sarcome de la conjonctive (2).

Le 5 février 1853, Florent Carrier excise de l'œil droit d'un homme âgé d'environ 50 ans, une tumeur de forme irrégulière, molle, légèrement lobulée, implantée sur la moitié externe de la conjonctive bulbaire et recouvrant le tiers externe de la cornée. La coloration

(1) Dorpater medicin Zeitscht., t. I, 1871.
(2) Annales d'oculistique, t. XXXVI, p. 163, année 1856.

de cette tumeur est d'un noir foncé comme la mélanose, et offre par places des taches d'un rouge sale ; son étendue est de 5 à 6 millimètres en tous sens; sa saillie au-dessus de la conjonctive, de 4 millimètres environ, on maintient les paupières écartées, à l'aide du spéculum à ressort, puis, Cunier saisit avec des pinces mousses la tumeur qui se déchire à la moindre traction : il parvient cependant à l'enlever entièrement à l'aide de plusieurs coups de ciseaux. On voit alors qu'elle n'adhérait point à la cornée, qu'elle ne faisait que recouvrir et qui avait conservé sa transparence. La totalité de la tumeur a été si bien enlevée, qu'on voit dans le lieu de son implantation la sclérotique à nu, d'un beau blanc et n'offrant aucune trace d'altération. Les vaisseaux de la conjonctive environnant la tumeur étaient fort développés, il se fait un écoulement de sang abondant qu'on arrête à l'aide de lotions froides. Aucun pansement n'est appliqué, on se borne à prescrire au malade des applications d'eau froide. Aucun accident ne survint, et après quelques jours d'un écoulement puriforme, le malade put sortir, la vision en bon état et l'œil n'offrant plus de trace apparente de l'affection pour laquelle on l'avait opéré.

Examen de la tumeur. — Elle est constitué : 1° par une matière noire molle qui teint en couleur d'encre de chine les parties qu'elle touche ; 2° par une substance rougeâtre membraneuse plus ou moins épaisse, ressemblant à la conjonctive hypertrophiée et qui enveloppe à la manière d'un kyste la substance noire déjà décrite, kyste dont elle constituerait la paroi antérieure; la postérieure correspondant au point où a porté la section n'existant plus.

Au microscope, on reconnaît : 1° que le suc qui s'écoule de la partie noire et qui ressemble à une solution d'encre de Chine légèrement gommeuse contient : *a* un grand nombre de petits granules arrondis de $0^{mm},007$, ayant un bord assez nettement accusé, et le centre transparent ; *b*, de gros grains de $0^{mm},005$ à $0^{mm},007$ à bords très arrêtés et noirs, avec le centre d'un noir plus clair et rouge brunâtre ; *c*, de grandes cellules arrondies, ayant jusqu'à $0^{mm},003$, à circonférence noire et bien arrêtée, offrant la même teinte que les granules *b*.

Ces cellules paraissent formées par une enveloppe renfermant un

plus ou moins grand nombre de granules *b*, qu'on n'y aperçoit que fort confusément à cause de la teinte de la cellule. On voit de plus flotter dans ce liquide tous les éléments du tissu fibro-plastique (Lebert), à part les cellules-mères. 2° Le tissu noir d'où provient ce suc est aussi gluant, mou, facile à déchirer, ne paraissant pas contenir de vaisseaux ; il présente renfermés entre les mailles d'un tissu amorphe en certains points, offrant les caractères du tissu cellulaire dans d'autres, tous les éléments mélaniques et fibro-plastiques que nous venons de décrire. 3° Enfin, le tissu rougeâtre n'offre que du tissu cellulaire recouvert par un épithélium pavimenteux stratifié et des vaisseaux sanguins. Ce tissu n'est évidemment que la conjonctive, au-dessous et dans l'épaisseur de laquelle s'est épanchée la mélanose.

Deux ans après, cet homme revint à l'institut. Il avait alors une tumeur noire, marronnée, occupant la face antérieure de l'œil, gênant surtout le malade par la saillie considérable qu'elle forme entre les paupières. En soulevant la tumeur et en l'écartant un peu de côté, on voit qu'elle ne fait que recouvrir la cornée sans y adhérer. Elle prend encore naissance sur la moitié externe de la conjonctive comme la première tumeur qu'on a enlevée, outre qu'elle est plus volumineuse, elle est d'une consistance plus ferme et se déchire moins facilement que la première fois. La cornée offre une teinte uniformément blanchâtre et la vision se trouve complètement abolie. La santé générale du malade est excellente. La tumeur lui occasionne, ainsi que nous l'avons dit déjà, plutôt de la gêne que de la douleur. La transparence de la cornée étant perdue et la tumeur paraissant de nature douteuse, M. Van Roosbroeck se résolut à pratiquer l'ablation de la moitié antérieure de l'œil. Les choses marchèrent très bien, le reste de l'œil s'affaissa, et au bout de trois semaines, le malade peut quitter l'Institut ophthalmologique avec un moignon susceptible de recevoir un œil artificiel. Depuis il est probable que la maladie n'a point reparu, car on n'a point revu cet homme, a qui l'on avait soigneusement recommandé de venir se montrer aussitôt qu'il lui surviendrait quelque chose de nouveau à l'œil. La tumeur enlevée offre dans son plus grand diamètre, 5 centimètres environ. Une coupe faite suivant son épaisseur, est de près de 2 centimètres, et enfin bien qu'elle adhère intimement à la sclérotique et à la circonférence de la cornée, la dégénérescence n'a cependant encore

envahi aucune de ces deux membranes. Au microscope on retrouve les mêmes éléments que ceux décrits ci-dessus ; mais cette fois on peut constater que les grandes cellules arrondies de 0mm,003 son des cellules cancéreuses infiltrées de mélanose ; on en aperçoit avec tous leurs caractères distinctifs, des noyaux et des mucléoles volumineux, sans aucune trace de matière noire, d'autres, enfin qui en sont complètement remplies et ressemblent trait pour trait à celles observées la première fois.

Observation XI.

Cancer mélanique de la conjonctive. - Ablation. — Fano (1).

Un homme de 34 ans, brasseur, est atteint depuis trois ans d'une tumeur de la paupière inférieure droite ; la production morbide a déjà été enlevée trois fois. Il est adressé à la clinique particulière de M. Fano le 20 mars dernier pour subir une quatrième opération. M. Fano constate qu'il existe derrière la paupière inférieure droite une tumeur grosse comme un haricot, dit vulgairement flageolet, s'insérant par une base large à la conjonctive, au niveau du cul-de-sac inférieur, vers la région de la caroncule lacrymale. La tumeur est molle, de couleur gris brunâtre et saigne au moindre conctact. Lorsque les paupières sont rapprochées la production morbide se loge derrière ces voiles membraneux et flotte au devant de la cornée qui présente un petit nuage. Toute la conjonctive oculo-palpébrale est légèrement injectée. La vue est un peu trouble. La caroncule lacrymale boursoufflée se continue avec la tumeur.

Il n'existe aucune teinte mélanique sur la sclérotique. Le reste de l'œil paraît sain, Le 21 mars, M. Parro procède à l'ablation de la tumeur. Le malade est assis, les paupières sont convenablement écartées : avec une pince à griffes, l'opérateur saisit la portion de la conjonctive sur laquelle la tumeur est implantée et il enlève cette dernière avec des ciseaux courbes, en ayant soin d'emporter une portion du tissu voisin de la conjonctive. Après avoir laissé reposer le

(1) Gazette des hôpitaux, nº 70, 1861.

malade quelques instants, il cautérise fortement avec un crayon de nitrate d'argent la place occupée par la tumeur, lave la partie cautérisée au moyen d'un jet d'eau salée et étend sur la cornée une goutte de glycérine. — Fomentations froides sur l'œil. Le lendemain il y eut une injection modérée de la conjonctive oculo-palpébrale. Une exsudation blanchâtre occupe la partie interne de la face postérieure de la paupière, à l'endroit que la tumeur occupait; la paupière supérieure est légèrement tuméfiée. Fomentations froides sur l'œil. Le 25, la cornée est demeurée saine; même état de la conjonctive. Le 2 avril, l'exsudation blanchâtre de la conjonctive palpébrale se résorbe; la cornée est transparente, la vision est bonne. La tumeur présente à l'examen une couleur bistre, le tissu en est peu consistant et se laisse facilement écraser. La coupe offre des teintes diverses: brunâtre, grisâtre, rougeâtre; la couleur brune prédomine. Le tissu qui forme la production morbide a été soumis à l'examen microscopique avec le concours du Dr Pfeiffer. On a trouvé une trame composée de tissu cellulaire de nouvelle formation et d'un nombre relativement considérable de vaisseaux sanguins. On voyait enchâssée dans les intervalles de cette trame une masse de cellules épithéliales libres, de forme et de grandeur variables. Ces cellules sont les unes incolores, les autres sont remplies d'une matière pigmentaire plus ou moins foncée. Plusieurs de ces cellules sont à moitié transparentes, à moitié colorées par l'agglomération de cellules pigmentaires noires. Indépendamment des cellules épithéliales il existe un très grand nombre de noyaux libres nageant dans un liquide transparent et homogène.

Cancer.

Observation XII.

Cancer de la conjonctive (1).

Pélagie Pigeon, 56 ans, couturière a toujours joui d'une excellente santé; mère de neuf enfants, elle n'a cessé d'être réglée qu'à 55 ans.

(1) Wecker et Landolt. Traité d'ophth.

Il y a six mois environ, à la suite de grands chagrins, cette femme s'aperçut que son œil droit pleurait et que la vision était fort gênée de ce côté par l'abaissement de la paupière supérieure. Ces phénomènes se prononçaient de plus en plus sans s'accompagner de douleurs; quand la malade vint à la consultation de Morel-Lavallée à l'hôpital Beaujon.

Voici ce qu'on constate à cette époque (15 avril 1862). L'œil droit est caché par la paupière supérieure dont la couleur est normale et qui présente dans la partie moyenne une saillie très évidente dépassant le niveau du bord sourcilier.

La fente palpébrale est très restreinte quand la malade laisse son œil en repos. En écartant les voiles palpébraux on voit deux tumeurs: l'une volumineuse, supérieure, adhérente à la paupière supérieure ; l'autre petite sur le bord externe de la cornée, sur laquelle elle empiète de quelques millimètres. De la longueur et de la forme d'un pois, elle a une couleur rosée, presque transparente; à sa surface courent de très nombreux petits vaisseaux très apparents à cause de leur couleur d'un rouge vif. Cette tumeur, est immobile, adhérente à la sclérotique et à la cornée sur une large base. La conjonctive n'est rougeâtre et injectée que sur les bords de cette tumeur ; la cornée est saine et la vision parfaite.

La tumeur principale a des dimensions bien plus considérables ; elle s'enfonce dans la partie supérieure de l'orbite. On la fait saillir en retournant la paupière. De la grosseur d'une noix, bilobée à sa surface, elle s'attache au bord supérieur du cartilage tarse par un pédicule très mince formé par les deux feuillets réunis de la conjonctive.

On mesure facilement le peu d'épaisseur de ce pédicule en le comprenant entre deux stylets. La hauteur et la largeur sont presque égales et sont de deux centimètres. La coloration n'est pas le même partout : rosée et transparente dans la plus grande étendue, elle est d'un rouge foncé et violacé dans certains points. La consistance est molle. La pression n'est pas douloureuse mais produit de l'hémorrhagie à cause de sa très grande vascularité. Quelques parties de la tumeur sont recouvertes d'une sécrétion puriforme, il n'existe pas d'ulcération. On diagnostique un polype (fongus) de la conjonctive, tumeur de mauvaise nature. On pratiqua l'opération le 8 mai. La tumeur su-

périeure fut facilement enlevée avec les ciseaux courbes ; pour extirper la petite tumeur il fallut disséquer avec le bistouri en enlevant la lame superficielle de la cornée

L'hémorrhagie fut insignifiante ; la cicatrisation se fit très rapidement. On cautérisa à deux reprises les parties occupées autrefois par les tumeurs.

La malade quitta l'hôpital le 20 mai, les plaies étaient parfaitement guéries. M. Cornil qui avait bien voulu se charger de l'examen microscopique nous communiqua le résulat suivant. Le parenchyme de cette tumeur est uniquement composé de cellules ; ces cellules étudiées à un grossissement de 500 diamètres se présentaient sous forme de larges plaques arrondies ou ovalaires, mesurant de 0mm.020 à. 0mm.045 dans leur diamètre. Les contours étaient parfaitement nets et ombrés. Elles renfermaient un ou deux noyaux.

Ces noyaux eux-mêmes ovalaires ou ronds mesurant de 0mm.002 à 0mm.003.

Le plus grand nombre d'entre eux étaient transparents et finement granulés : mais quelques-uns commençaient à s'infiltrer de granulations graisseuses.

Au centre de la tumeur on ne voyait rien autre chose que ces cellules et ces noyaux cancéreux ; mais à la périphérie de la tumeur principale et surtout dans la petite portion enlevée, il était facile de s'assurer que ces éléments nouveaux s'étaient développés au milieu et aux dépens du tissu cellulaire. Entre ces fibres existaient les noyaux du tissu cancéreux. En écartant et dilacérant ces préparations, on voyait l'union intime des éléments de nouvelle formation avec le tissu cellulaire préexistant. Plusieurs cellules contenant un noyau cancéreux avec son nucléole avaient une forme allongée et se prolongeaient sur leurs bouts en pointes effilées, justifiant ainsi l'hypothèse que ces élément nouveaux se seraient développés dans les cellules du tissu cellulaire décrites par Virchow.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Horner. — Klin. monatsb., 1871, p. 6. Cancroïde.

Valdes. — El Eco de Paris, 1859. Cancroïde.

Althof. — Arch. f. ophthal., t. VIII, p. 137. Cancroid der conjonctiva bulbi.

Boult. — A case of epithelioma of the conjonctiva-ophthalm. Hosp. Rep., t. XVIII, 1863.

Vecker. — Traité complet d'ophth., 1879. Deux observ. de mélanosarcome.

Talco. — Klin. monatsblatter, p. 326. 1873.

Estlander. — Finska lakaresalls Kapets handlingar, t. XIII, p. 256.

Hermann-Demme. — Schweis. Zeitschr. für Heilk. Annales d'oc., t. LII, 1864.

Voir les Dictionnaires encyclopédiques de MM. Dechambre et Jaccoud et passim dans ma thèse.

QUESTIONS.

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie. — Des os des membres supérieurs.

Physiologie. — Mouvements réflexes.

Physique. — Baromètres. Effets de la pression atmosphérique sur l'homme. Ventouses.

Chimie. — Des acides ; de leur constitution. Définition des acides mono-bi et polybasiques.

Histoire naturelle. — Qu'est-ce qu'un pachyderme ? Comment les divise-t-on ? Quels produits fournissent-ils à l'art de guérir ?

Pathologie externe. — Des pseudarthroses consécutives aux fractures.

Pathologie interne. — De la fièvre synoque.

Pathologie générale. — De la prédisposition morbide.

Anatomie pathologique. — Altération de l'urine.

Médecine opératoire. — De l'opération de la pupille artificielle, comparaison des procédés par déplacement, incision, enclavement.

Pharmacologie. — Distillation ; des eaux distillées ou hydrolats ; comment les obtient-on ? Quels sont les altérations qu'elles peuvent subir et les moyens employés pour les prévenir ?

Thérapeutique. — De l'absorption des médicaments.

Hygiène. — Exercice musculaire.

Médecine légale. — De la valeur des expériences physiologiques pour constater la présence des poisons.

Accouchements. — Du palper abdominal ; sa valeur comme moyen de diagnostic de la grossesse, des présentations et des positions.

Vu, le président de la thèse,
TRÉLAT.

Vu, bon et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.